FAX 専用

超音波検査依頼書

Ⅰ 紹介元医療機関情報

申込日	年　月　日（　曜日）		
貴医療機関			
医師名			
FAX 番号	－　－	電話番号	－　－

Ⅱ 患者基本情報

ふりがな		性　別		生年月日（明・大・昭・平・令）
患者氏名		男	女	年　月　日
住所	〒　－　電話（　－　－　）			
傷病名				
状態	独歩　・　車いす（ベッド移乗　自立　・　一部介助　・　全介助）　・　ストレッチャー			
検査目的				
臨床所見経過				
既往歴特記事項				

Ⅲ 検査希望日

第一希望日	月　日（　）	AM	PM
第二希望日	月　日（　）	AM	PM

Ⅳ 検査部位記入欄

希望の検査部位を〇で囲んでください。
心臓　・　頸動脈　・　下肢**動**脈　・　下肢**静**脈　・　甲状腺

※当院で検査日時を調整し、予約結果を FAX にて返信致します。

※検査当日は、お送り致しました検査予約票をご持参ください。

※採血データも合わせてお送りいただきますようお願いいたします。

◎お問い合わせ先：　医療法人社団貴順会　吉川病院　地域医療連携室

TEL：075-761-0316（代）　FAX:075-771-0528

貴順会　吉川病院

FAX 専用

超音波検査予約票

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
ご依頼いただきました検査の予約について、日時、内容を下記の通り、受付致しましたので
ご連絡致します。

検査当日は、本予約票をご持参いただき、当院受付に提示いただきますようお願い致します。

Ⅰ 貴医療機関情報

貴医療機関			
FAX 番号	－ －	電話番号	－ －

Ⅱ 患者基本情報

ふりがな		性別	
患者氏名		男	女

Ⅲ 検査日

月 日（ ）	AM PM

Ⅳ 検査部位

部位
心臓 ・ 頸動脈 ・ 下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ 甲状腺

※検査当日は、お送り致しました検査予約票をご持参ください。

※予約の変更・キャンセルは、早めにご連絡くださいますようお願い致します。

◎お問い合わせ先： 医療法人社団貴順会 吉川病院 地域医療連携室
TEL：075-761-0316（代） FAX:075-771-0528

FAX 専用

紹介元医療機関より、検査依頼書を必要事項記入の上 FAX してもらう。
希望予約日を勘案して、予約日時を確定する。
予約結果を紹介元医療機関へ返信する。
　検査予約日当日は予約結果票を持参してもらい、検査を受けてもらう。
検査所見は当日または後日に紹介元医療機関へ持参する。

費用について

1. 検査のみであれば、病院間で超音波検査の施設間契約を締結し、検査項目ごとの定額で毎月の請求とする。
　金額について　心臓:¥8,800　胸腹部:¥5,300　下肢血管:¥4,500　その他:¥3,500

貴順会　吉川病院